

Centre de Préservation de la fertilité
Service dede la Reproduction

Hôpital (nom, adresse)

Tél : Fax :

Fiche de liaison Pour Consultation
En vue d'une préservation de la fertilité masculine
à envoyer par email à preservation-fertilite.hopital@aphp.fr
ou à faxer au :

Demande : Date/...../..... Médecin: Téléphone :.....
 Mail : Etablissement et service

Patient : Nom..... Prénom

Date de naissance/...../..... Adresse postale.....

Téléphone Mail

Poids Taille IMC

Si **mineur**, Nom et Adresse de la personne responsable.....

Diagnostic :

Date Stade

Traitement reçu AVANT la préservation de la fertilité : OUI NON

Chimiothérapie : date de début date de fin
 Protocole.....

Chirurgie gonadique: OUI NON

Radiothérapie : Date de début Date de fin
 Dose et champ

Traitement prévu APRES la préservation de la fertilité : OUI NON

Chimiothérapie : date de début
 Protocole

Chirurgie: OUI Date NON

Radiothérapie : Sus diaphragmatique OUI NON
 Sous diaphragmatique OUI NON
 Date de début date de fin
 Dose et champ

Autogreffe de MO: date de début, type de conditionnement

Demande de préservation : **Demande d'information :**

Organisation de la préservation : Merci de joindre les résultats

Sérologies (VIH, VHB, VHC, TPHA, VDRL) OUI Date NON

Recueil au lit du patient nécessaire ? OUI NON

Commentaires :